

**R  
A  
F  
M  
I**



# **REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE**

**ORGANE DE  
LA SOCIETE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE**

**ISSN : 2337-2516**

**ANNEE 2023, JUIN - VOLUME 10 (1-3)**

**Correspondance**

**Secrétariat**

**E-mail : [revueafricainemi@gmail.com](mailto:revueafricainemi@gmail.com) – Site web : [www.rafmi.org](http://www.rafmi.org)**

**Université de Thiès – UFR Santé de Thiès. BP : 967 Thiès, Sénégal**

**Adresse**

**UFR des Sciences de la Santé Université de Thiès**

**Ex 10<sup>ème</sup> RIAOM. BP : 967 Thiès, Sénégal**



**DIRECTEUR DE PUBLICATION**  
Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

**REDACTEUR EN CHEF**  
Pr Ag. Adama BERTHE (Sénégal)

**CURATEUR**  
Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal)

**REDACTEURS ADJOINTS**  
Pr Joseph Y. DRABO (Burkina Faso), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali)  
Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d’Ivoire), Pr Eric ADEHOSSI (Niger)  
Pr Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Pr Mohaman DJIBRIL (Togo)

**CONSEILLERS SCIENTIFIQUES**  
Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal)  
Pr Ag. Pauline DIOUSSE (Sénégal)  
Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal)

**SECRETAIRES SCIENTIFIQUES**  
Pr Madoky Magatte DIOP (Sénégal)  
Pr Papa Souleymane TOURE (Sénégal)

**SECRETAIRE D’EDITION**  
M. Momar NDIAYE (Sénégal)

**COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE**  
Pr Ag. Gabriel ADE (Bénin), Pr Ag. Eric ADEHOSSI (Niger), Pr Koffi Daho ADOUBRYN (Côte d’Ivoire),  
Pr Aissah AGBETRA† (Togo), Pr Chantal G. AKOUA-KOFFI (Côte d’Ivoire),  
Pr Dégnon AMEDEGNATO (Togo), Pr Emmanuel ANDRES (France), Pr Ag. Khadidiatou BA FALL (Sénégal),  
Pr Jean-Bruno BOGUIKOUMA (Gabon), Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal),  
Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal), Pr Thérèse Moreira DIOP (Sénégal), Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal),  
Pr Ag. Pauline DIOUSSE (Sénégal), Pr. Ag. Mohaman DJIBRIL (Togo), Pr Ag. Moustapha DRAME (France),  
Pr Ag. Fatou FALL (Sénégal), Pr Ag. Sara Boury GNING (Sénégal), Pr Fabien HOUNGBÉ (Bénin),  
Dr Josaphat IBA BA (Gabon), Dr Amadou KAKE (Guinée Conakry), Pr Alphonse KOUAME KADJO (Côte d’Ivoire),  
Pr Ouffoué KRA (Côte d’Ivoire), Pr Christopher KUABAN (Cameroun), Pr Abdoulaye LEYE (Sénégal),  
Pr Moussa Y. MAIGA (Mali), Pr Ag. Papa Saliou MBAYE (Sénégal), Pr Daouda K. MINTA (Mali),  
Pr Jean Raymond NZENZE (Gabon), Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d’Ivoire), Pr Samdpawinde Macaire OUEDRAGO (Burkina Faso),  
Pr Abdoulaye POUYE (Sénégal), Pr Jean-Marie REIMUND (France),  
Pr Mamadou SAIDOU (Niger), Pr Ag. Jean SEHONOU (Bénin), Pr Damien SENE (France), Dr Ibrahima Khalil SHIAMAN-BARRO (Guinée Conakry),  
Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali), Pr Ag. Hervé TIENO (Burkina Faso),  
Pr Ag. Abdel Kader TRAORE (Mali), Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali), Pr Boubacar WADE (Sénégal),  
Dr Téné Marceline YAMEOGO (Burkina Faso), Dr Yolande YANGNI-ANGATE (Côte d’Ivoire),  
Pr Ag. Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Dr Lassane ZOUNGRANA (Burkina Faso)

**LE BUREAU DE LA SAMI**  
**Président d’honneur 1 :** Pr Niamkey Kodjo EZANI (Côte d’Ivoire)  
**Président d’honneur 2 :** Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali)  
**Président :** Pr Joseph DRABO (Burkina-Faso)  
**Vice-Président :** Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)



## RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

### I. Principes généraux

La Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.) est une revue destinée aux médecins internistes et spécialistes d'organes. Les publications peuvent être présentées en Français et en Anglais. La revue offre diverses rubriques :

#### • **articles originaux :**

Les articles originaux présentent le résultat d'études non publiées et comportent une introduction résumant les hypothèses de travail, la méthodologie utilisée, les résultats, une discussion avec revue appropriée de la littérature et des conclusions.

Le résumé structuré (français et anglais) doit comporter:

- 1) Propos (état actuel du problème et objectif(s) du travail),
- 2) Méthodes – (matériel clinique ou expérimental, et méthodes utilisées), 3) Résultats, 4) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et comporter plus de 40 références.

#### • **articles de synthèse :**

Les articles de synthèse ont pour but de présenter une mise à jour complète de la littérature médicale sur un sujet donné. Leur méthodologie doit être précisée ; Le résumé n'est pas structuré (français et anglais). Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et 60 références.

#### • **cas cliniques :**

Les cas cliniques rapportent des observations privilégiées soit pour leur aspect didactique soit pour leur rareté. La présentation suivra le même plan que celui d'un article original : Le résumé structuré (français et anglais) : 1) Introduction, 2) Résultats/Observation(s), 3) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 150 mots. Le texte ne doit pas excéder 2500 mots et 20 références.

#### • **actualités thérapeutiques :**

La Rédaction encourage la soumission de manuscrits consacrés à de nouvelles molécules ou nouvelles thérapeutiques. Ces manuscrits comprendront le positionnement de la nouvelle thérapeutique, une étude des essais cliniques, une revue des aspects pratiques et économiques, les questions en suspens.

#### • **lettres à la rédaction :**

Elles sont des textes relevant de commentaires brefs sur les conclusions d'articles déjà publiés ou sur un fait scientifique d'actualité (jusqu'à 800 mots, bibliographie non comprise. Il n'y aura pas dans ses rubriques ni résumé, ni mots clés. Le nombre de référence ne devra pas excéder dix (10).

#### • **articles d'intérêt général :**

Ils concernent l'histoire de la médecine, l'éthique, la pédagogie, l'informatique, etc.

#### • **articles d'opinion :**

Le Journal ouvre son espace éditorial aux articles d'opinion sur des questions médicales, scientifiques et éthiques ; le texte pourra être accompagné d'un commentaire de la rédaction. Il ne devra pas dépasser 800 mots.

#### • **courrier des lecteurs :**

La Rédaction encourage l'envoi de lettres concernant le contenu scientifique ou professionnel de la Revue. Elles seront considérées pour publication, après avis éditorial.

Les articles et éditoriaux sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

Le premier auteur des articles s'engage sur les points suivants :

1. l'article n'a pas été publié ou n'est pas soumis pour publication dans une autre revue ;
2. copyright est donné à la Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.), en cas de publication.

A la soumission, un formulaire doit être adressé au Comité de Rédaction, dans lequel tous les auteurs reconnaissent avoir participé activement au travail, avoir pris connaissance du contenu de l'article et avoir marqué leur accord quant à ce contenu. Ils en sont éthiquement responsables.

#### • **images commentées :**

L'illustration (image clinique ou d'imagerie) doit être rendue anonyme et soumise sous un format Jpeg, dont la résolution doit être de 300 dpi minimum. Chaque illustration doit être légendée et appelé dans le texte. Le texte suit le plan suivant : 1) Histoire, 2) Diagnostic, 3) Commentaires. Il est suivi par les références. Le manuscrit ne doit pas excéder 250 mots et 5 références. Le titre, en français et en anglais, ne doit pas contenir le diagnostic. Les mots clés en français et en anglais doivent le mentionner. Pas de résumé.



## **II. Présentation**

Les manuscrits seront dactylographiés à double interligne (environ 300 mots par page) à l'aide d'un traitement de texte.

La première page comportera exclusivement le titre (et sa traduction en anglais), les prénoms et noms des auteurs, l'institution et l'adresse de correspondance, avec numéros de téléphone, de télécopie et adresse e-mail.

La deuxième page contiendra le résumé en français (maximum 250 mots). Ainsi que 3 à 5 mots-clés en français.

Sur la troisième page figureront l'abstract en anglais (maximum 250 mots), ainsi que 3 à 5 mots-clés en anglais.

Les pages seront toutes numérotées.

Les données de laboratoire seront fournies dans les unités utilisées dans la littérature. En cas d'utilisation d'unités internationales, il convient de fournir, entre parenthèses, les données en unités conventionnelles.

Les abréviations non usuelles seront explicitées lors de leur première utilisation.

La bibliographie sera limitée à 20 références sauf pour les articles originaux et de synthèse ; elles apparaîtront dans le texte sous forme de nombre entre crochet [X], renvoyant à la liste bibliographique. Celle-ci, dactylographiée à double interligne, suivra immédiatement la dernière ligne de l'article. Elle sera ordonnée par ordre d'apparition dans le texte et respectera le style de l'Index Medicus ; elle fournira les noms et initiales des prénoms de tous les auteurs s'ils sont au nombre de 6 ou moins ; s'ils sont sept ou plus, citer les 3 premiers et faire suivre de " et al. " ; le titre original de l'article ; le nom de la revue citée ; l'année ; le numéro du volume ; la première et la dernière page, selon les modèles suivants :

1. Barrier JH, Herbouiller M, Le Carrer D, Chaillé C, Raffi F, Billaud E, et al. Limites du profil protéique d'orientation diagnostique en consultation initiale de médecine interne. Étude prospective chez 76 malades. Rev Med Interne 1997, 18 : 373–379.
2. Bieleli E, Kandjigu K, Kasiam L. Pour une diététique du diabète sucré au Zaïre. Méd. Afr. Noire 1989 ; 36 : 509-512.
3. Drabo YJ, Kabore J, Lengani A, Ilboudo PD. Diabète sucré au CH de Ouagadougou (Burkina Faso). Bull Soc Path Ex 1996; 89: 185-190.

Les références internet sont acceptées : il convient d'indiquer le(s) nom(s) du ou des auteurs selon les mêmes règles que pour les références « papier » ou à défaut le nom de l'organisme qui a créé le programme ou le site, la date de consultation, le titre de la page d'accueil, la mention : [en ligne], et enfin l'adresse URL complète sans point final.

Les tableaux, numérotés en chiffres romains, seront présentés chacun sur une page séparée dactylographiée à double interligne. Ils comporteront un titre, l'explication des abréviations et une légende éventuelle.

Les figures et illustrations seront soit des originaux, soit fournies sur support informatique en un fichier séparé du texte au format TIFF ou JPEG, avec une résolution de 300 DPI.

Elles seront numérotées en chiffres arabes. Pour les originaux, le numéro d'ordre de la figure, son orientation et le nom du premier auteur seront indiqués. Les figures en couleur ne seront publiées qu'après accord de la Rédaction. Pour les graphiques qui, pour la publication, peuvent être réduits, il convient d'utiliser un lettrage suffisamment grand, tenant compte de la future réduction.

Attention : les images récupérées sur internet ne sont jamais de bonne qualité.

Les légendes des figures seront regroupées sur une page séparée et dactylographiées à double interligne. Elles seront suffisamment explicites pour ne pas devoir recourir au texte.

Les auteurs s'engagent sur l'honneur, s'ils reproduisent des illustrations déjà publiées, à avoir obtenu l'autorisation écrite de l'auteur et de l'éditeur de l'ouvrage correspondant.

Pour les microphotographies, il y a lieu de préciser l'agrandissement et la technique histologique utilisés.

Les remerciements éventuels seront précisés en fin de texte et seront courts.

Les conflits d'intérêt potentiels et les considérations éthiques devront être déclarés dans le manuscrit.

## **III. Envoi**

Les manuscrits seront soumis à la fois par voie électronique à l'adresse suivante (**revueafricainemi@gmail.com**) et sur le site web de la Revue Africaine de Médecine Interne (**rafmi.org**).

## **IV. Publication**

Les articles sont soumis pour avis à un comité scientifique de lecture et d'autres experts extérieurs à ce Comité.

Une fois l'article accepté, il sera publié après paiement des frais d'un montant de 150 000 f CFA ; par Western Union ou Money Gram ou virement bancaire.



## SOMMAIRE

### ARTICLES ORIGINAUX

1. **Profil épidémiologique, clinique et étiologique des polysérites dans le service de Médecine Interne du Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya** 7-14  
Sawadogo N, Ouédraogo GA, Savadogo I, Hien S, Zoungrana L, Yaogho I, Guira O
2. **Uvéite postérieure : profils épidémiologique, clinique et thérapeutique chez les patients de 18- 40 ans au CHU de Conakry** 15-20  
Baldé AK, Wann TM, Bah TM, Diallo DO, Baldé AI, Magassouba A, Barry AK, Ly M
3. **Les troubles musculosquelettiques (TMS) parmi le personnel soignant du centre de santé Samu municipal de Grand Yoff de Dakar** 21-27  
Diédhiou BB, Diatta AER, Ndiaye M, Ndiaye M
4. **Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques, évolutifs et pronostics de la covid-19 chez l'adulte à Bouake (Côte d'Ivoire)** 28-38  
Kone D, Akanji IA, Kone S, Yapo MT, Karidioula JM, Kouamé KGR, Koné F, Adou LR, Soumahoro NJ, Kra O, Bourhaima O
5. **Perception et Attitude des sujets âgés face à la douleur** 39-42  
Nyanke NR, Traoré D, Cissoko M, Fofana Y, Sy D, Dembélé IA, Sanogo A, Keita K, Cissé AO, Diassana NM, Landouré S, Koné N, Sangaré M, Koné J, Mallé M, Soukho AK
6. **Evaluation de l'enseignement à distance en période de pandémie à Covid-19 : Exemple du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Chirurgie Buccale de l'UCAD** 43-50  
Seck K, Diatta M, Kane M, Kounta A, Gassama BC, Ba A, Dieng A, Tamba B, Dia-tine S
7. **Complications maternelles et périnatales chez la femme diabétique enceinte au CHU de Bouaké, Côte d'Ivoire** 51-56  
Koné S, Samaké Y, Yéboua KR, Kouassi L, Toure KH, Koné F, Yapa S, Kouamé GR Acho K, Coulibaly F, Sako K, Gboko KKL, Bourhaima O.
8. **Profil des patients reçus en consultations itinérantes dans les régions de Louga et de Bambey (Sénégal). Une expérience en santé mentale primaire du Centre Dalal Xel de Thiès** 57-66  
Diagne I, Sissako MIM, Camara M, Ndiaye-Ndong ND, Sylla A

### CAS CLINIQUES

9. **De la peau aux poumons : à propos de deux cas de pneumopathie interstitielle compliquant une sclérodermie systémique** 67-71  
Diallo BM, Mbaye AK, Ndour JN, Gueye AD, Ndiaye Y, Diop MMb, Marone Z, Elamé H, Faye FA, Berthe A, Touré P S, Diop M M
10. **Le syndrome des anti-synthétases post-vaccination COVID-19 : à propos d'un cas et revue de littérature** 72-78  
Agbodande AK, Doukpo M, Assogba M, Dansou E, Ahouandogbo JL, Kouanou AA
11. **Syndrome des anticorps antiphospholipides ou maladie de Behçet ? Quand il devient difficile de faire la part des choses** 79-82  
Marone Z, Gueye AD, Ndiaye Y, Mbaye SAK, Diallo BM, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
12. **Intoxication volontaire au paraquat : à propos d'un cas en milieu hospitalier à Ouagadougou et revue de la littérature** 83-87  
Zorome KAA, Guingane A, Kawane U, Yameogo S, Bouda M, Zongo A, Tieno H



## CONTENTS

### ARTICLES ORIGINAUX

1. *Epidemiological, clinical and etiologial profile of polyseritis in the Department of Internal Medicine of Ouahigouya Regional Teaching Hospital* 7-14  
Sawadogo N, Ouédraogo GA, Savadogo I, Hien S, Zoungrana L, Yaogho I, Guira O
2. *Posterior uveitis: epidemiological, clinical and therapeutic profiles in patients aged 18-40 years at the University Hospital of Conakry* 15-20  
Baldé AK, Wann TM, Bah TM, Diallo DO, Baldé AI, Magassouba A, Barry AK, Ly M
3. *Musculoskeletal disorders among nursing staff at the Emergency Medical Assistance Service (EMAS) of Grand Yoff Dakar* 21-27  
Diédhiou BB, Diatta AER, Tine JAD, Ndiaye M, Touré H, Ndiaye M
4. *Epidemiological, clinical, therapeutic, evolutive and prognostic aspects of COVID-19 in adults in Bouake (Ivory Coast)* 28-38  
Kone D, Akanji IA, Kone S, Yapo MT, Karidioula JM, Kouamé KGR, Koné F, Adou LR, Soumahoro NJ, Kra O, Bourhaima O
5. *Perception and attitude of elderly subjects to pain* 39-42  
Nyanke NR, Traoré D, Cissoko M, Fofana Y, Sy D, Dembélé IA, Sanogo A, Keita K, Cissé AO, Diassana NM, Landouré S, Koné N, Sangaré M, Koné J, Mallé M, Soukho AK
6. *Evaluation of distance education during the Covid-19 pandemic: Example of the Special Studies Diploma (DES) in Oral Surgery from UCAD* 43-50  
Seck K, Diatta M, Kane M, Kounta A, Gassama BC, Ba A, Dieng A, Tamba B, Dia-Tine S
7. *Maternal and perinatal complications in diabetic women at the Bouake University Hospital, Ivory Coast* 51-56  
Koné S, Samaké Y, Yéboua KR, Kouassi L, Toure KH, Koné F, Yapa S, Kouamé GR Acho K, Coulibaly F, Sako K, Gboko KKL, Bourhaima O.
8. *Profile of patients received in itinerant consultations in the Louga and Bambey regions (Senegal). An experience in primary mental health at the Dalal Xel Center in Thies* 57-66  
Diagne I, Sissako MIM, Camara M, Ndiaye-Ndongo ND, Sylla A

### CAS CLINIQUES

9. *From skin to lungs: about two cases of interstitial lung disease and a fibrosing lung disease associated systemic scleroderma* 67-71  
Diallo BM, Mbaye AK, Ndour JN, Gueye AD, Ndiaye Y, Diop MMb, Marone Z, Elamé H, Faye FA, Berthe A, Touré PS, Diop MM
10. *COVID-19 post-vaccination anti-synthetase syndrome: a case report and review of the literature* 72-78  
Agbodande AK, Doukpo M, Assogba M, Dansou E, Ahouandogbo JL, Kouanou AA
11. *Antiphospholipid antibody syndrome or Behcet's disease? When it becomes difficult to distinguish between things* 79-82  
Marone Z, Gueye AD, Ndiaye Y, Mbaye SAK, Diallo BM, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
12. *Voluntary paraquat poisoning: a case report in hospital context in Ouagadougou and review of the literature* 83-87  
Zorome KAA, Guingane A, Kawane U, Yameogo S, Bouda M, Zongo A, Tieno H





## Perception et Attitude des sujets âgés face à la douleur

*Perception and attitude of elderly subjects to pain*

Nyanke NR<sup>1</sup>, Traoré D<sup>1-2</sup>, Cissoko M<sup>1</sup>, Fofana Y<sup>3</sup>, Sy D<sup>1-2</sup>, Dembélé IA<sup>1</sup>, Sanogo A<sup>4</sup>, Keita K<sup>1</sup>, Cissé AO<sup>1</sup>, Diassana NM<sup>1</sup>, Landouré S<sup>1</sup>, Koné N<sup>1</sup>, Sangaré M<sup>1</sup>, Koné J<sup>1</sup>, Mallé M<sup>1</sup>, Soukho AK<sup>1-2</sup>

1 : Service de médecine interne du CHU Point G

2 : Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako

3 : Service de médecine interne du CH Luxembourg mère – enfant de Bamako

Auteur correspondant : Auteurs correspondants : Dr NYANKE Nounga Romuald

### Résumé

**Introduction :** La douleur selon l'OMS est définie comme «une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage». La prise en charge de la douleur du sujet âgé constitue une particularité à prendre en compte en matière de santé publique en raison du vieillissement physiologique de la population et des risques liés à la douleur chez ces sujets fragiles.

**Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude descriptive avec enquête rétrospective, portant sur des patients âgés de 65 ans et plus ayant présenté une douleur, hospitalisés dans le service de Médecine Interne au CHU du Point-G pour une période allant de janvier 2006 à décembre 2015. Nous avons pris en considération le vécu de la douleur, son retentissement (sur le moral et sur les activités) et la nécessité d'un traitement ainsi que sa nature.

**Résultats :** Nous avons hospitalisé 4266 patients dont 577 sujets âgés de 65 ans et plus (13,53%), 216 patients répondaient à nos critères soit une fréquence hospitalière de 37,43%. Le sex-ratio était de 1,30 avec un âge moyen de  $72,26 \pm 6,42$  ans. Le siège de la douleur était abdominal chez 39,81%. Il s'agissait d'une douleur aiguë dans 61,1%. La douleur était vécue comme un supplice par 47,2% des patients. Son retentissement se manifestait sur l'affection chez 16,20%, sur le divertissement chez 16,67%, sur le moral avec une tristesse chez 72% et sur les activités et la vie quotidienne avec une diminution de la distance de marche dans 43,06% et une impossibilité d'effectuer les tâches domestiques dans 41,67%. Le premier recours thérapeutique des patients était un traitement moderne : 50,9% ; il s'agissait d'une automédication dans 24,5%. Quatre virgule six pourcent (4,6%) disaient avoir consulté un tradipraticien.

**Conclusion :** Le sujet âgé a besoin d'une prise en charge rapide et efficace de la douleur afin d'éviter l'immobilisation et les troubles psychoaffectifs. Les méfaits de l'automédication ~~est une~~ pratique très courante dans notre société, seraient ainsi évités.

**Mots clés :** Patients - Attitude - Douleur - Automédication.

### Summary

**Introduction:** According to the WHO, pain is defined as "an unpleasant sensory and emotional experience associated with present or potential tissue damage, or described in terms of such damage". Pain management in the elderly is a specific public health issue that needs to be addressed, given the physiological ageing of the population and the risks associated with pain in these frail subjects.

**Methodology:** This was a descriptive study involving a retrospective survey of patients aged 65 and over who presented with pain and were hospitalized in the Internal Medicine Department at the Point-G University Hospital between January 2006 and December 2015. We took into consideration the experience of pain, its impact (on morale and activities) and the need for treatment, as well as its nature.

**Results:** We admitted 4266 patients to hospital, including 577 aged 65 and over (13.53%). 216 patients met our criteria, representing a hospital frequency of 37.43%. The sex ratio was 1.30, with an average age of  $72.26 \pm 6.42$  years. The site of pain was abdominal in 39.81% of patients. Acute pain was present in 61.1%. Pain was experienced as torment by 47.2% of patients. Its repercussions were on the condition in 16.20%, on entertainment in 16.67%, on morale, with sadness in 72%, and on activities and daily life, with a reduction in walking distance in 43.06% and an inability to perform domestic tasks in 41.67%. The patients' first therapeutic recourse was a modern treatment: 50.9%; this was self-medication in 24.5%. Four point six percent (4.6%) said they had consulted a traditional practitioner.

**Conclusion:** Elderly patients need rapid and effective pain management in order to avoid immobilisation and psycho-emotional problems. The harmful effects of self-medication, a very common practice in our society, could thus be avoided.

**Key words:** Patients - Attitude - Pain - Self-medication.

## Introduction

En 1986, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini la douleur comme «une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage». Cette définition prend en compte la dimension subjective de la douleur et ses mécanismes complexes. La douleur est à différencier de la souffrance qui «représente un mal être, un sentiment profond, intriqué» [1]. Elle est fréquente en consultation de médecine générale couvrant des pathologies diverses et reste un sujet d'actualité. Du fait du vieillissement de la population, la prise en charge de la douleur devient un défi de santé publique, les perspectives démographiques montrant une augmentation considérable de personnes âgées de grand-âge (> 85 ans) [2, 3]. Il est ainsi nécessaire de mieux cerner le retentissement de la douleur sur les sujets âgés et surtout l'itinéraire thérapeutique des personnes âgées.

## Méthodologie

Nous avons réalisé une étude descriptive et rétrospective, portant sur la revue des dossiers des patients hospitalisés dans le service de Médecine Interne au CHU du Point-G sur une période de 10 ans (janvier 2006 - décembre 2015). Nous avons inclus tous les dossiers des patients hospitalisés algiques, âgés de 65 ans et plus. Ceux qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion n'ont pas été retenus, ainsi que les patients dont les données étaient incomplètes. La douleur était considérée comme aiguë quand elle évoluait depuis moins de 3 mois et chronique au-delà de ce délai. Les caractéristiques sociodémographiques, le parcours thérapeutique des patients et le retentissement de la douleur sur les patients ont été étudiées. Les données ont été consignées sur une fiche d'enquête et leur analyse été faite par le logiciel SPSS 22.0 pour Windows.

## Résultats

En 10 années d'étude, 4 266 patients ont été hospitalisés dans le service de Médecine Interne dont 577 étaient âgés de 65 ans et plus (13,53%). Parmi eux 216 patients répondaient aux critères d'inclusion soit une fréquence de 37,43%. Le sex-ratio était de 1,30 avec un âge moyen de  $72,26 \pm 6,42$  ans et des extrêmes à 65 et 97 ans. Les femmes au foyer représentaient 36,62% suivi des cultivateurs avec 27,83%. Le siège de la douleur était **abdominal** chez 39,81% patients. Il s'agissait d'une douleur aiguë dans 61,13% des cas et d'une douleur chronique dans 38,87% des

cas. Un retentissement de la douleur était retrouvé chez 91,67% des patients. Sur le plan somatique, l'anorexie et l'asthénie étaient retrouvées chez 5,55% des patients ; les troubles du sommeil chez 26,39% et la confusion dans 8,8% des cas. Au niveau psychologique, elle était vécue comme un supplice par 47,22%. Le moral était atteint chez 11,57% marqué surtout par une tristesse chez 72% de ceux-ci. Le découragement se retrouvait chez 4% des patients. Le retentissement sur le divertissement chez 16,67%, l'affection chez 16,20% étaient les principales répercussions psychosociales. Les répercussions psychomotrices se manifestaient par la limitation des activités de la vie quotidienne notamment par une diminution de la distance de marche dans 43,06%, une impossibilité d'effectuer les tâches domestiques dans 41,67%, impossibilité d'effectuer les gestes quotidiens dans 36,57%. Sur plan thérapeutique, le premier recours des patients était un traitement moderne (50,92%), l'automédication était pratiquée dans 24,53% des cas ; mais chez 32,87% l'itinéraire thérapeutique n'a pas pu être précisé. Notons qu'en cas d'automédication, les médicaments traditionnels étaient utilisés dans 60,37% des cas. La consultation chez un tradipraticien avait été faite par 4,63% des patients.

## Discussion

Dans certaines cultures, se plaindre de douleur n'est pas encouragé [4]. Pourtant la douleur est une expérience courante chez de nombreuses personnes âgées. La population âgée de 65 ans et plus, constitue une frange en croissance exponentielle dans certains pays [5]. Sa prévalence dans la littérature varie en moyenne entre 40 et 85% chez les patients vivants à domicile ou en institution : ceci malgré la différence de méthodologies et le sous-dépistage de la douleur par le personnel soignant [2, 6, 7]. Notre résultat est conforme celui de la littérature car nous avons trouvé une fréquence de 37,43%. Nous avons observé que 38,87% des patients avaient une douleur chronique, Abdulla et al. [8] ont trouvé que la proportion des personnes âgées ayant des douleurs chroniques était d'environ 60% dont un tiers souffrant de douleurs sévères. Les conséquences de la douleur chez le sujet âgé sont multiples et impactent fortement la qualité de vie du patient. Elles peuvent se classer de la manière suivante [9] :

- Les répercussions somatiques telles que l'anorexie, la dénutrition, l'asthénie, les troubles du sommeil, la baisse de la





vigilance diurne et le syndrome confusionnel

- Les répercussions sur les capacités psychomotrices limitant l'autonomie et les actes simples de la vie tels que la mobilité, la toilette et l'habillage.
- Les répercussions psychosociales limitant la communication, la vie sociale et les troubles du comportement.
- Les répercussions psychologiques telles que la dépression, le désintérêt pour la vie, la démission et le suicide [10]. Il en résulte une frustration pour l'environnement familial et soignant.

Au cours de notre étude, la douleur avait un retentissement sur **91,7%** de nos patients. Celles somatiques étaient l'anorexie et l'asthénie chez **5,55%** des patients, les troubles du sommeil chez **26,39%** et la confusion dans **8,8%** des cas. Dans un travail non publié, Codogno [11] affirmait que 42,31% présentaient des troubles du sommeil. Au niveau psychologique, la douleur était vécue comme un supplice par **47,22%**. Le moral était atteint chez **11,57%** marqué surtout par une tristesse chez **72%** de ceux-ci. Le découragement se retrouvait chez **4%** des patients. Codogno [11] décrivait la douleur comme déprimante pour 16 patients sur 26 (**57,14%**), énervante et épuisante pour 11 patients sur 26 soit **39,28%** ; **38,46%** présentaient des symptômes d'anxiété majeure et **34,61%** des symptômes de dépression. Le retentissement psychosocial était sur le divertissement chez **16,67%**, sur l'affection chez **16,20%** et celles psychomotrices limitaient les activités de la vie quotidienne notamment par une diminution de la distance de marche dans **43,06%**, une impossibilité d'effectuer les tâches domestiques dans **41,67%**, impossibilité d'effectuer les gestes quotidiens dans **36,57%**. Codogno [11] toujours retrouvait un retentissement modéré à sévère sur le quotidien chez **73,08%**, un retentissement sévère sur les gestes de la vie quotidienne chez **54,38%** et que **69,23%** ne pouvaient pas se tenir debout. Toutefois, **61,53%** avaient également un retentissement sévère sur la vie sociale et **46,15%** sur les relations avec les autres. Par ailleurs **46,15%** des patients, de la même série, disent avoir besoin du soutien des autres de manière importante du fait de leur douleur et tous les patients interrogés soit **100%** reçoivent une aide psychologique d'origine diverse mais aucun d'un psychologue [11]. Le retentissement qu'entraîne les douleurs chez les patients rend nécessaire une amélioration de sa prise en charge chez le sujet âgé. De la perte de fonctionnalité entraînant

handicap et institutionnalisation précoce, à la cascade gériatrique comme facteur négatif de morbi-mortalité jusqu'au suicide, la douleur est un facteur pronostic péjoratif prédominant chez le sujet âgé [9].

Dans notre série, le traitement moderne était le premier recours thérapeutique dans **50,92%** des cas tandis que le traitement traditionnel était le premier recours dans **15,74%** des cas. L'automédication était pratiquée par **24,53%** des malades. Cette automédication était surtout faite par un traitement traditionnel dans **60,37%** des cas. Ceux qui avaient préféré consulter un tradipraticien avant hospitalisation étaient **4,6%** de nos patients.

De plus en plus de personnes commencent à recourir aux médicaments à base de plantes au détriment de médicaments orthodoxes. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a reconnu le rôle de la médecine traditionnelle à base de plantes dans la gestion des soins de santé primaires en observant que 80% des communautés rurales consultent des guérisseurs traditionnels avant d'avoir recours aux services médicaux orthodoxes [12]. Dans certaines études comme celle de Nkoma [13], le premier recours thérapeutique était l'automédication (**51,94%**). Toutefois, le recours aux soins et notamment la biomédecine (**56,9%**), était la première intention de recours thérapeutique lorsque le niveau de la maladie était jugé grave. Ce constat est le même dans le travail de Ouendo [14] où l'automédication était pratiquée comme premier recours thérapeutique par **65,28%** des patients. Aujourd'hui plus d'une personne sur deux dans le monde utiliserait des produits à base de plante pour se soigner et **80%** de la population des pays en voie de développement dépendraient en quasi-totalité de ces produits pour les soins de santé primaires [15]. Les plantes seraient utilisées plus par les membres plus âgés des communautés surtout du fait de leur meilleure connaissance sur leur valeur médicale sur différents maux [16]. En Afrique subsaharienne, la prévalence de la pratique de l'automédication est estimée entre **12 et 76%** [17] et celle de la médecine traditionnelle serait de **85%** [18] contribuant à recourir tardivement aux structures de santé ou très rapidement en cas de situation jugée grave. Cet itinéraire thérapeutique des malades différent dans notre étude s'expliquerait par le manque de précision concernant ce point lors de la confection des dossiers le personnel médical.



## Conclusion

La douleur est un véritable syndrome gériatrique avec plusieurs conséquences qui sont autant de facteurs augmentant la morbi-mortalité chez le sujet âgé. Si elle n'est pas prise en charge elle peut évoluer pour son propre compte comme un «syndrome douloureux chronique» qui est très influencé par le parcours des soins. Le sujet âgé a besoin d'une prise en charge rapide et efficace de la douleur afin d'éviter la perte d'autonomie et les troubles psychoaffectifs.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

## REFERENCES

1. Perrot S. La douleur : définitions et concepts. Livre blanc de la douleur. 2017
2. Bérout F. Douleur et personne âgée. Paris : Institut UPSA de la Douleur. 2011. 200
3. McBeth J, Jones K. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. Best Pract Res Clin Rheumatol 2007; 21: 403-425
4. Honkasalo ML. Vicissitudes de la douleur et de la souffrance : douleur chronique et liminalité. Med Anthropol. 2001; 19(4): 319-53
5. Horgas AL. Pain Assessment in Older Adults. Nurs Clin N Am 2017; 52: 375-385
6. Boccard E, Deymier V, coord. Pratique du traitement de la douleur, Edition 2007. Paris : institut UPSA, 2007
7. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. J Amer Geriatr Soc 2002; 50: S205-S224
8. Abdulla A, Adams N, Bone M, Elliott AM, Gaffin J, Jones D et al. Guidance on the management of pain in older people. Age Ageing. 2013 Mar; 42 Suppl 1: i1-57
9. Pommier W. Perception de la douleur du sujet âgé en médecine générale : étude qualitative à partir de onze entretiens de médecins généralistes bas-normands. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02052776
10. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. J Am Geriatr Soc. 2002 Jun; 50(S6): 205-224
11. Codogno A. Enquête sur le vécu de la douleur d'une population de personnes âgées prise en charge en ambulatoire par des structures d'aide à domicile. Thèse : Med : Paris XII ; 2010
12. Olaniyan MF. Some Viral Sero-Markers of Patients with Abnormally Raised Total Bile Acid Receiving Treatments in Herbal/Traditional Homes of Some Rural Communities in Nigeria. American Journal of Medical and Biological Research. 2014, 2(4) 91-96
13. Nkoma PP. Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun : les déterminants du recours à l'automédication. 7<sup>ème</sup> Conférence sur la Population Africaine : "Dividende Démographique en Afrique : Perspectives, Opportunités et Défis", Nov 2015, Johannesburg, Afrique du Sud. 2015, <http://uaps2015.princeton.edu/>. <hal-01339418>
14. Ouendo EM, Makoutode M, Moussiliou N. Paraiso, Wilmet-Dramaix M, Dujardin B. Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Bénin (Pauvreté et soins de santé). Trop Med Internat Health 2005 ; 10 (2) : 179-186
15. Kasilo OMJ, Trapsida JM, Mwikisa CN, Lusamba-Dikassa PS. An overview of the traditional medicine situation in the African region. The African health monitor. 2010; 13: 7-15
16. Sharma UK, Pegu S, Hazarika D, Das A. Plantes médico-religieuses utilisées par la communauté Hajong d'Assam, Inde. J Ethnopharmacol. 2012 ; 11 ; 143(3) : 787-800
17. Ouédraogo D, Zabsonré Tiendrebeogo JW, Zongo E, Kakpovi KG, Kaboré F, Drabo JY, Guissou IP. Prevalence and factors associated with self-medication in rheumatology in Sub-Saharan Africa. Eur J Rheumatol. 2015; 2(2): 52-56
18. Stanley B. Recognition and respect for African traditional medicine. idrc.ca. 2011